

**DIE COLECTOMIE MIT ILEO-RECTALER
ANASTOMOSE IN DER CHIRURGISCHEN
BEHANDLUNG DER COLITIS ULCEROSA**

von

Kamal Asgari

aus

Garmsar-Rikan/Iran



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546218_0057

Aus der Chirurgischen Klinik
der Städt. Krankenanstalten Fürth/Bay.
Direktor: Professor Dr. med. K. Denecke

DIE COLECTOMIE MIT ILEO-RECTALER ANASTOMOSE IN DER CHIRURGISCHEN BEHANDLUNG DER COLITIS ULCEROSA

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Kamal Asgari

aus

Garmsar-Rikan/Iran

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät der
Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. W. Schiefer

Referent: Prof. Dr. K. Denecke

Coreferent: Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der Mündlichen Prüfung: 6. 10. 70

Meinem Lehrer Herrn Prof. Dr. med. K. Denecke
danke ich für die Überlassung des Themas
und für die freundliche Unterstützung bei
der Ausführung der Arbeit.

G l i e d e r u n g

	Seite
A. Einführung	1
B. Eigenes Krankengut	2
C. Die Operation	4
D. Resultate der eigenen Ergebnisse	7
E. Diskussion	11
F. Zusammenfassung	18
G. Literatur	19

E i n f ü h r u n g

Die Proctocolectomie mit endständiger, definitiver Ileostomie ist seit der Kenntnis einer intensiven Operationsvorbereitung und seit Einführung der Intubationsnarkose und der Intensiv-Nachbehandlung trotz der Größe des Eingriffes die Operation der Wahl in der chirurgischen Behandlung der Colitis ulcerosa geworden. Durch diesen Eingriff wird das erkrankte Organ radikal beseitigt und damit der schweren Intoxikation ein Ende gesetzt. Die unbestrittenen Erfolge werden aber heute teuer erkaufte: die definitive Ileostomie ist eben doch ein erheblich verkrüppelnder Eingriff mit lebenslänglicher seelischer Belastung. Er beeinträchtigt die Lebensfreude vieler so "Geheilte" ganz wesentlich. Das hat nicht zuletzt zur Folge, daß aus Angst vor dieser Konsequenz viele Patienten erst sehr spät oder sogar zu spät in chirurgische Behandlung gelangen. In der Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Fürth unter der Leitung meines verehrten Lehrers D e n e c k e wurde aus diesen Erwägungen und ermutigt durch weltweite Ergebnisse, vor allem in Amerika, der definitive Anus praeter, wenn irgend möglich, umgangen und statt dessen eine radikale Colectomie mit primärer oder sekundärer ileo-rectaler Anastomose durchgeführt. Die mit diesem Vorgehen gewonnenen Erfahrungen bilden die Grundlage der vorliegenden Arbeit.

E i g e n e s K r a n k e n g u t

In der Zeitspanne von 1957 - 1968 wurden in unserer Klinik 25 Patienten mit röntgenologisch-histologisch gesicherter Colitis ulcerosa behandelt. Bei 8 Patienten, d. h. rund einem Drittel des gesamten Krankengutes, wurde bei radikaler Colectomie eine ileo-rectale Anastomose durchgeführt. Die Krankengeschichten dieser letzteren Patienten werden im folgenden stichwortartig zusammengefaßt.

- Fall 1): P. H., männlich, 40 Jahre. Erkrankung beginnt 1 Jahr vor der Aufnahme. Internistische Behandlung bringt keine Besserung. Aufnahmebefund: starke Abmagerung (49 kg), 20 - 25 blutig-schleimige Stühle. Rectoskopie bis 25 cm ergibt hochrote, stark geschwollene, leicht blutende Schleimhaut mit eitrigen Belägen. Kontrasteinlauf: der gesamte Dickdarm ist befallen (Gartenschlauch). Therapie: zunächst Ileostomie, 2 Monate später radikale Colectomie mit ileo-rectaler Anastomose.
- Fall 2): S. H., männlich, 32 Jahre. Erkrankung beginnt 8 Jahre vor der Aufnahme. Internistische Behandlung bringt nur zeitweilig Besserung. Aufnahmebefund: relativ guter AZ und EZ. 12 - 15 blutig-schleimige Stühle. Rectoskopie bis 20 cm ergibt hochrote, stark geschwollene, granulierte, leicht blutende Schleimhaut. Kontrasteinlauf: Befall des gesamten Dickdarmes mit Verkürzung, Einengung und reichlicher Pseudopolyposis. Therapie: zunächst radikale Colectomie mit terminaler Ileostomie. 1 Jahr später ileo-rectale Anastomose.
- Fall 3): B. S., weiblich, 48 Jahre. Erkrankung beginnt 3 Jahre vor der Aufnahme. Internistische Behandlung bringt keine Besserung. Aufnahmebefund: starke Abmagerung (41 kg), 15 - 20 blutig-schleimige, eitrige Stühle. Rectoskopie bis 20 cm ergibt hochrote, stark geschwollene, granulierte, leicht blutende Schleimhaut mit gelben Stippchen. Kontrasteinlauf: ulceröse Veränderungen im gesamten Colon von distal nach proximal zu abnehmend.

Therapie: radikale Colectomie mit ileo-rectaler Anastomose in einer Sitzung.

- Fall 4): H. H., männlich, 26 Jahre. Erkrankung beginnt 5 Monate vor der Aufnahme. Unter internistischer Behandlung rapide Verschlechterung. Aufnahmebefund: Kachexie (41 kg), 20 - 25 blutige, eitrige Stühle.

Rectoskopie bis 20 cm ergibt hochrote, stark geschwollene, granulierte, leicht blutende Schleimhaut mit gelben Stippchen und kleinen Ulcerationen. Kontrasteinlauf: ulceröse Veränderungen im gesamten Colon von distal nach proximal an Intensität abnehmend.

Therapie: zunächst Ileostomie. 7 Monate später Colectomie. 4 Jahre später ileo-rectale Anastomose.

- Fall 5): S. H., weiblich, 24 Jahre. Erkrankung beginnt 2 Jahre vor der Aufnahme. Internistische Behandlung bringt nur zeitweilige Besserung. Aufnahmebefund: relativ guter AZ und EZ. 8 - 12 blutig-schleimig-eitrige Stühle.

Rectoskopie bis 18 cm ergibt gerötete, etwas geschwollene, matte, leicht blutende Schleimhaut. Kontrasteinlauf: Pseudopolyposis vom Coecum bis zum unteren Sigma.

Therapie: zunächst radikale Colectomie mit Ileostomie. 1 1/2 Jahre später ileo-rectale Anastomose.

- Fall 6): K. M., weiblich, 19 Jahre. Erkrankung beginnt 1 Jahr vor der Aufnahme. Internistische Behandlung bringt nur geringfügige und zeitweilige Besserung. Aufnahmebefund: relativ guter AZ und EZ. 8 - 12 blutig-schleimig-eitrige Stühle.

Rectoskopie bis 20 cm ergibt bis 8 cm mäßig gerötete und geschwollene Schleimhaut, proximal davon schwere Alterationen mit Ulcera und Pseudopolypen. Kontrasteinlauf: ulceröse und pseudopolyposöse Veränderungen im Verlauf des gesamten Dickdarmes.

Therapie: zunächst radikale Colectomie und Ileostomie. 9 Monate später ileo-rectale Anastomose.

- Fall 7): K. I., weiblich, 40 Jahre. Erkrankung beginnt 6 Jahre vor der Aufnahme. Internistische Behandlung bringt nur geringfügige und zeitweilige Besserung. Aufnahmebefund: relativ guter AZ und EZ. 10 - 15 blutig-schleimig-eitrige Stühle.

Rectoskopie ergibt in 7 cm Höhe eine Stenose, die mit dem Instrument nicht passiert werden kann. Die übersehbare Schleimhaut ist stark geschwollen,

düsterrot, granuliert, zeigt gelbe Stippchen und blutet leicht. Kontrasteinlauf: Gartenschlauchcolon. Therapie: zunächst Ileostomie. 3 Monate später radikale Anastomose.

Fall 8): S. H., männlich, 47 Jahre. Erkrankung beginnt 2 Jahre vor der Aufnahme. Internistische Behandlung bringt keine Besserung. Aufnahmebefund: 8 kg Gewichtsabnahme, relativ guter AZ. 10 - 15 blutig-eitrige Stühle.

Rectoskopie bis 25 cm ergibt düsterrote, stark geschwollene, blutende und eiternde Schleimhaut mit Ulcerationen und Pseudopolypen. Kontrasteinlauf: Pseudopolypöse und ulceröse Veränderungen im gesamten Dickdarm proximal an Intensität etwas abnehmend.

Therapie: radikale Colectomie mit ileo-rectaler Anastomose in einer Sitzung.

Die Operation

Da es sich wie bei wenigen anderen Erkrankungen um einen Eingriff an einem allgemein schwer geschädigten Organismus handelt, liegt das Schwergewicht auf einer entsprechenden sorgfältigen Vorbereitung, wobei vor allen Dingen der Eiweiß- und Elektrolythaushalt besonders zu berücksichtigen ist. Diese Vorbehandlung muß aber von seiten des Chirurgen durchgeführt werden, da keine Zeit verloren werden darf, zumal leider allzuoft die Kranken in einem Zustand in das Krankenhaus kommen, der den Eingriff geradezu als Notoperation vordringlich macht. So haben wir in einem Fall wegen des besonders schlechten Zustandes noch einige Tage gezögert, um den Kranken unter massiver Behandlung operationsfähig zu machen. Das Schicksal war aber trotzdem nicht mehr

aufzuhalten. Er hielt die Operationsbelastung nicht mehr aus.

Grundsätzlich ist in unserem Haus in der 1. Sitzung immer nur die Colectomie bis zum Colon pelvinum einschließlich vorgenommen mit nachfolgender Ileo-Rectostomie oder, falls das Rectum in einem zu schlechten Zustand war, mit Verschluß des Rectumstumpfes und seiner Versenkung unter das Peritoneum. In jedem Fall ist nach Überstehen des Operationschockes die sofortige Entgiftung des Organismus eingetreten, auch in den Fällen, in denen der Rectumstumpf mehr oder weniger an dem Krankheitsgeschehen beteiligt war und belassen wurde. Dadurch wurde eine weitere Ausdehnung des an sich schon großen und belastenden Eingriffes vermieden. In den wenigen Fällen, in denen das Rectum von vorneherein an dem Krankheitsgeschehen nicht oder nur wenig beteiligt war, wurde selbstverständlich eine primäre Anastomose angelegt. Zu dieser Operationstechnik ist nichts Besonderes zu sagen, da sie genügend in der Literatur beschrieben ist, insbesondere auch von R e i f f e r s c h e i d (22). Allerdings haben wir nie so großen Wert auf eine sorgfältige zweischichtige Naht nach Durchzug des auf einen Siliconschlauch gehefteten Darmes gelegt, wie R e i f f e r s c h e i d es in den Abbildungen zeigt.

Wenn der Anschluß in einer späteren Sitzung vorgenommen werden soll, so wird der Rectumstumpf unter das Peritoneum

verlagert und vor allen Dingen nicht allzu tief eingestülpt, da seine Auffindung sonst Schwierigkeiten macht.

Wird der Anschluß nicht sofort wiederhergestellt, so wird das Ileum durch einen möglichst kleinen Wechselschnitt im rechten Unterbauch herausgeleitet und mit einigen Nähten - um Lücken intraabdominell zu vermeiden - an der Bauchhinterwand fixiert.

Es darf noch auf ein besonderes Verfahren hingewiesen werden, das O p p o l z e r (21) angegeben hat.

O p p o l z e r exvaginiert den Rectumstumpf, entfernt die erkrankte Schleimhaut, legt die Anastomose mit dem durchgezogenen Ileum außerhalb an, um dann den Rectumstumpf mit der Anastomose wieder zurückzuverlegen. Eigene Erfahrungen mit dieser Methode fehlen in unserem Krankengut.

Sehr wichtig erscheint uns bei allen intraabdominellen Anastomosen im kleinen Becken das Einlegen eines Redon-Drains nach Einstreuen von Marbadal respektive eine ausreichende Drainage des Rectalstumpfes nach außen mit täglichen Spülungen.

Wir haben 2 Patienten verloren, die nach langzeitiger interner Behandlung leider zuspät in die Hände der Chirurgen

kamen und trotz intensivster Maßnahmen nicht mehr aus dem schweren Zustand herauszubringen waren. Sonst war der postoperative Verlauf in allen übrigen, oben zitierten Fällen komplikationslos.

Alle Patienten wurden im Verlauf der Jahre 1968 und 1969 nachuntersucht. Dabei wurde noch einmal eine gründliche Anamnese erhoben und eine klinische Untersuchung durchgeführt. Alle Patienten wurden rectoskopiert und bei einigen eine Probeexcision aus dem Rectumstumpf entnommen, die zur histologischen Untersuchung eingeschickt wurde. Erwähnt sei noch, daß kein Patient internistisch nachbehandelt wurde. Im folgenden wird der Nachuntersuchungsbefund unserer Patienten im Auszug wiedergegeben.

Fall 1): P. H. Zeitspanne zwischen ileo-rectaler Anastomose und Nachuntersuchung 7 Jahre. Ausgezeichneter AZ und EZ. Patient hat 20 kg zugenommen. Die Stühle sind breiförmig. Es werden 9 - 12 Stühle täglich abgesetzt. Gelegentlich ist etwas Blut beigemischt. Rectoskopie ergibt Anastomose in etwa 5 cm Höhe, nicht stenosierte. Der Rectumstumpf zeigt eine leicht gerötete und geschwollene Schleimhaut. Patient ist mit dem Resultat zufrieden.

Fall 2): S. H. Zeitspanne zwischen ileo-rectaler Anastomose und Nachuntersuchung 1 1/2 Jahre. Relativ guter AZ und EZ. (Wie vor der Operation). Die Stühle sind breiförmig. Es werden 6 - 8 Stühle täglich abgesetzt. Gelegentlich ist etwas Blut beigemischt. Rectoskopie ergibt Anastomose in etwa 10 cm Höhe, nicht stenosierte. Der Rectumstumpf zeigt in unmittelbarer Nachbarschaft der Anastomose noch Ulceration. Patient ist mit dem Resultat nicht zufrieden.

- Fall 3): B. S. Zeitspanne zwischen ileo-rectaler Anastomose und Nachuntersuchung 2 Jahre. Ausgezeichneter AZ und EZ. Patientin hat 20 kg zugenommen. Die Stühle sind breiförmig. Es werden 3 - 5 Stühle täglich abgesetzt. Keine Blut-, Eiter- oder Schleimhautmischung. Rectoskopie ergibt Anastomose in 12 cm Höhe, nicht stenosierte. Rectumschleimhaut makroskopisch unauffällig. P. E. aus Rectumschleimhaut: "Die Schleimhaut ist ziemlich niedrig und drüsenarm, sodaß man den Eindruck einer gewissen Atropie hat. Sie läßt ferner eine lockere, chronisch-entzündliche Zellinfiltration erkennen, vorwiegend mit Plasmazellen und einigen eosinophylen Leucocyten. In der Muscularis findet sich dann noch ein kleiner, knötchenförmiger Infiltrationsherd, der hauptsächlich aus Lymphocyten besteht." Patientin ist mit dem Resultat zufrieden.
- Fall 4): H. H. Zeitspanne zwischen ileo-rectaler Anastomose und Nachuntersuchung 6 Jahre. Ausgezeichneter AZ und EZ. Patient hat 34 kg zugenommen. Die Stühle sind geformt. Es werden 2 Stühle täglich abgesetzt. Keine Blut-, Eiter- oder Schleimbeimischung. Rectoskopie ergibt Anastomose in 8 cm Höhe, nicht stenosierte. Rectumschleimhaut makroskopisch unauffällig. P. E.: "Normale Dickdarmschleimhaut." Patient ist mit dem Resultat außerordentlich zufrieden.
- Fall 5): S. H. Zeitspanne zwischen ileo-rectaler Anastomose und Nachuntersuchung 2 Jahre. Relativ guter AZ und EZ (wie vor der Operation). Die Stühle sind breiförmig. Es werden 6 - 8 Stühle täglich abgesetzt. Keine Blut-, Eiter- oder Schleimbeimischung. Rectoskopie ergibt Anastomose in 10 cm Höhe, nicht stenosierte. Rectumschleimhaut makroskopisch unauffällig. P. E.: "Normale Rectumschleimhaut." Patientin ist mit dem Resultat zufrieden.
- Fall 6): K. M. Zeitspanne zwischen ileo-rectaler Anastomose und Nachuntersuchung 2 Jahre. Ausgezeichneter AZ und EZ. Patientin hat 3,5 kg zugenommen. Die Stühle sind breiförmig. Es werden 2 - 3 Stühle täglich abgesetzt. Keine Blut-, Eiter- oder Schleimbeimischung. Rectoskopisch ergibt Anastomose in 11 cm Höhe, nicht stenosierte. Man sieht parallel angeordnete Drüsen, die nur zum Teil von Becherzellen ausgekleidet sind. Das Interstitium ist verbreitert und mäßig mit Rundzellen und eosinophylen Leucocyten durchsetzt. Patientin ist mit dem Resultat "sehr zufrieden".

Fall 7): K. I. Zeitspanne zwischen ileo-rectaler Anastomose und Nachuntersuchung 6 Jahre. Relativ guter AZ und EZ (wie vor der Operation), hat seither 1 1/2 kg zugenommen. Die Stühle sind flüssig bis breiförmig. Es werden 30 - 40 Stühle täglich abgesetzt. Häufig Blut- und Schleimbeimengung. Rectoskopie ergibt Anastomose in 4 cm Höhe. 2 cm proximal des Analringes sieht man an der Hinterwand des Rectums einen gut pflaumengroßen, vorwiegend exophytisch wachsenden Tumor. Die restliche Rectumschleimhaut zeigt keine Besonderheiten. Die Anastomose ist nicht stenosierte. P. E. aus dem Tumor: "Ziemlich hochdifferenziertes papilläres Adenocarcinom des Rectums." Am 5.8.69 wird eine abdomino-perineale Rectumamputation durchgeführt. Zusammen mit dem Rectum werden etwa 15 cm distales Ileum zusammen mit der ileo-rectalen Anastomose reseziert. Es wird eine endständige Ileostomie angelegt. Pathologiebericht: "Eingesandt wurde ein 20 cm langes Rectumamputationspräparat, das 2 cm proximal des Analringes einen gut pflaumengroßen, vorwiegend exophytisch wachsenden Tumor erkennen läßt. Der Tumor scheint bereits alle Darmwandschichten durchwachsen zu haben und ist ins anhaftende Fettgewebe vorgewachsen. Hier finden sich auch noch einige bis kaffeebohngroße Lymphdrüsen. Histologisch handelt es sich bei dem polypösen Rectumtumor um ein ziemlich hochdifferenziertes Adenocarcinom, das vielfach einen feinpapillären Bau zeigt. Es enthält ferner vor allem zahlreiche Mitosen und läßt auch eine gewisse Polymorphie erkennen. Das Carcinom ist aber nicht nur exophytisch gewachsen, sondern zeigt auch ein infiltratives Wachstum in die Rectumwand hinein. Hier ist es etwas weniger ausdifferenziert und läßt sogar Schleimbildung erkennen. Die aufgefundenen Lymphdrüsen des Periproctum sind durchwegs frei von Carcinometastasen." Die Patientin überstand den Eingriff ohne Besonderheiten. Es geht ihr bis jetzt (31. 3. 70) gut.

Fall 8): S. H. Zeitspanne zwischen ileo-rectaler Anastomose und Nachuntersuchung 1 Jahr. Ausgezeichneter AZ und EZ. Patient hat 10 kg zugenommen. Die Stühle sind breiförmig. Es werden 6 - 8 Stühle täglich abgesetzt. Häufig Blut- und Schleimbeimengung. Rectoskopie ergibt Anastomose in 8 cm Höhe, nicht stenosierte. Rectumschleimhaut ist gerötet und geschwollen, blutet leicht. P. E.: "Die Schleimhaut und die anhaftende Submucosa werden in der Hauptsache von massenhaften Plasmazellen durchsetzt." Patient ist mit dem Resultat zufrieden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß bei 4 der 8 Patienten ein sehr gutes Ergebnis mit der Colectomie und einer einseitigen oder zweiseitigen ileo-rectalen Anastomose erreicht wurde. Bei den übrigen 4 Patienten ist das Resultat ebenfalls zufriedenstellend, da eine Belastung mit häufigen Stühlen (6 - 8 täglich) immer noch besser ist, als der ununterbrochene Kotfluß aus dem endständigen Ileumafter.

Eine regelmäßige Kontrolle muß bei all' den Patienten erfolgen, bei denen der Rectumstumpf verblieben ist, und zwar wegen der Carcinomgefährdung, wie das unsere Patientin (7) zeigt. Aber auch hier war bis zu der Feststellung des Carcinoms der Zustand als gut zu bezeichnen.

Zur Beurteilung unserer mit der Colectomie und ileo-rectalen Anastomose erzielten Resultate muß einschränkend gesagt werden, daß nur eine wesentlich längere Beobachtungszeit definitive Aussagen ermöglichen wird (12, 25).

D i s k u s s i o n

Die Colectomie mit ileo-rectaler Anastomose hat sich bisher in der chirurgischen Behandlung der Colitis ulcerosa nicht allgemein durchsetzen können. Es werden folgende Argumente gegen sie ins Treffen geführt.

1. Die Krankheit beginne meistens im Rectum und führe hier zu den schwersten pathologischen Veränderungen. (9)
2. Auch nach dem Ausschluß des Rectums aus dem Stuhlfluß (Ileostomie und Colectomie), schwele die Krankheit hier weiter und könne zu schweren lokalen und allgemeinen Komplikationen wie carcinomatöser Entartung, schwerer Blutung, perianalen und recto-vaginalen Fisteln einerseits; sowie Hauterkrankungen, Lebererkrankungen, Nierenerkrankungen, Thrombosen und Augenkrankungen andererseits führen.
3. Als Folge der beiden erstgenannten Punkte seien die Resultate der Colectomie mit ileo-rectaler Anastomose schlecht. Die Patienten behielten ihre Beschwerden und seien auch nach der Operation allen Komplikationen der Colitis ulcerosa ausgesetzt.

Alle diese Argumente sind nur bedingt richtig.

Zu 1.: Die Krankheit beginnt nach unseren Erfahrungen nicht immer im Rectum. Sie läßt die untersten Teile des Rectums respektive besser der Ampulle frei und führt dann allerdings zu den schwersten pathologischen Veränderungen im Colon pelvinum und unterem Sigma.

Gerade diese Beobachtung hat uns dazu geführt, die ileo-rectale Anastomose zu versuchen. Eine ganz gleiche Feststellung wurde übrigens schon 1956 von A y l e t t (2) an einem wesentlich größeren Krankengut getroffen.

Zu 2.: Nach A y l e t t soll sich auch der Zustand nach Anlegen der Anastomose bessern, was auch wir bestätigen können. Auch nach Ausschluß des Rectums aus dem Stuhlfluß (Colectomie und Ileostomie) schwelte die Krankheit hier häufig weiter. M a y o r e t a l (16) verfolgten das Schicksal von 43 Patienten, bei denen der Rectumstumpf nach Colectomie und Ileostomie belassen wurde. Bei 26 dieser 43 Patienten mußte das Rectum zwischen 3 und 28 Monaten später entfernt werden (Grund: aktive Colitis - 16 mal, schwere submucöse Narbenbildungen, Schrumpfung oder Stenosierung - 6 mal, Carcinom - 3 mal, Perforation eines Stumpfabszesses in die Bauchhöhle - 1 mal). Bei keinem der restlichen 17 Patienten fand sich der Rectumstumpf in einem befriedigenden Zustand. Entweder schwelte die Colitis weiter, bzw. der Rectumstumpf war vernarbt und stenosiert oder es hatten sich perianale Komplikationen (Fisteln und Abszesse) eingestellt.

Eine weitere Studie über das Schicksal des ausgeschlossenen Rectumstumpfes wurde 1965 von M o s s und K e d d i e (19) veröffentlicht. Bei 67 von

93 Patienten = 72 % mußte der Rectumstumpf innerhalb von 5 Jahren entfernt werden. Diese beiden Arbeiten scheinen tatsächlich darauf hinzuweisen, daß es sinnlos ist, den Rectumstumpf zu belassen und keinen Zweck hat, ihn wieder in die Stuhlpassage mittels ileo-rectaler Anastomose einzuschalten. Es ist aber immerhin zu bedenken, daß diese Rectumstümpfe nach Colectomie und Ileostomie immer relativ lang gelassen werden. Auch wir mußten in einem Fall nachresezieren, weil zu viel belassen wurde.

Zu 3.: Die Resultate der ileo-rectalen Anastomose scheinen nach Erfahrungen einiger Autoren tatsächlich sehr unbefriedigend gewesen zu sein. Hier seien besonders erwähnt:
G o l i g h e r 1961 (14): "Die Ergebnisse bei den diffusen Formen dieser Erkrankung sind enttäuschend gewesen und haben in der Hälfte der Fälle, bei denen die Operation versucht wurde, versagt. Die Anwendung der Operation bei diffuser Colitis wird nicht empfohlen."
Auch B r o o k e (10) steht der Operation sehr skeptisch gegenüber. Von 9 Fällen, bei denen er eine Colectomie mit ileo-rectaler Anastomose durchführte, mußte er allein 3 nach relativ kurzer Zeit ileostomieren.
B a c o n und T r i m p i (8): "Die Frage erhebt sich, ob es ratsam sei, das Rectum für eine zukünftige Anastomose zu belassen. Unsere Erfahrungen mit diesem Vorgehen sind entmutigend gewesen, und ein Überblick über die Literatur unterstützt anscheinend unsere Ergebnisse."

Diesen ablehnenden Stimmen steht nun eine in letzter Zeit stetig zunehmende Zahl positiver Urteile gegenüber. (2, 13, 15)

Allen voran hat A y l e t t in einer ganzen Reihe von Arbeiten (2, 3, 4, 5, 6, 7) immer wieder eine Lanze für die ileo-rectale Anastomose gebrochen. 1966 (7) berichtete er über 300 Patienten, bei denen wegen Colitis ulcerosa eine Colectomie mit ileo-rectaler Anastomose durchgeführt worden war. In 83 % dieses großen Krankengutes wurde ein ausgezeichnetes Ergebnis verzeichnet. Diese Patienten hatten keinerlei Beschwerden mehr von seiten ihrer Krankheit, sie konnten ihren jeweiligen Berufen ungehindert nachgehen, hatten Gewicht zugenommen und setzten im Durchschnitt 4 Stühle täglich ab. Die Beobachtungszeit lag bis zu 13 Jahre zurück. Die Operationsmortalität betrug 5,7, die Gesamtmortalität 8,3 %. Die Versagerquote lag bei 4,5 %. Diese Patienten mußten später noch proctectomiert werden. (3 wegen Rectumcarcinom). Bei 9 Patienten ließ das Ergebnis zu wünschen übrig.

Zusammenfassend kann also anhand der eigenen und der in der oben zitierten Literatur niedergelegten Erfahrungen festgestellt werden, daß sich mit der Colectomie und ileo-rectalen Anastomose bei der diffusen Colitis ulcerosa, in einem hohen Prozentsatz der Patienten, gute Resultate erzielen lassen. Zu klären bleibt aber die Ursache der in der Literatur stark

divergierenden Erfolgsquoten. Unseres Erachtens ist diese Diskrepanz einmal in den Kriterien der Indikation und dann auch in der technischen Durchführung des Eingriffes zu suchen. Die wesentlichste Voraussetzung zum Erfolg des Eingriffes ist die weitgehende Beruhigung der Rectalschleimhaut. Ihre Dehnbarkeit darf nicht durch ausgedehnte Vernarbung verloren gegangen sein, da sie sonst ihrer Aufgabe als Stuhlspeicher nicht mehr gerecht werden kann.

Aus demselben Grunde muß auch der Sphincterapparat völlig intakt sein. Perianale und rectovaginale Fisteln stellen eine absolute Kontraindikation für die ileo-rectale Anastomose dar. Nach fast übereinstimmender Meinung gilt dasselbe auch für die Rectumstenosen. U n g l e y (23) und A b e l (1) haben aber wiederholt derartige Stenosen aufbougiert und dann doch noch eine ileo-rectale Anastomose mit gutem Erfolg anlegen können. Es ist aber zu bedenken, daß diese Stenosen Ausdruck eines Malignoms sein können oder sich später in ihnen Malignomnester entwickeln. Die ulceröse Proctitis, in welchem Stadium auch immer sie sich befindet, kontraindiziert die ileo-rectale Anastomose nicht. Sie kann höchstens einen Einfluß auf das Timing des Eingriffes haben. Wir werden auf dieses Problem noch zu sprechen kommen.

Die wesentlichste technische Voraussetzung zum Erfolg ist die möglichst radikale Colectomie. Die ileo-rectale Anastomose sollte in etwa 10 cm Höhe, nie proximaler angelegt werden. Auf dieses Detail hat A y l e t t in

allen seinen Arbeiten hingewiesen. Interessanterweise gab B r o o k e (11), einer der prominentesten Gegner der ileo-rectalen Anastomose, auf dem Annual Meeting der American Proctologic Society 1957 zu, bei seinen Patienten die Anastomose wahrscheinlich zu hoch angelegt zu haben. Die nicht genügend radikale Colectomie dürfte die Hauptursache der unbefriedigenden Resultate sein. Gerade die distalsten Colonabschnitte (Sigma!) sind am schwersten befallen und sollten auf jeden Fall entfernt werden. Hiermit steht und fällt der Erfolg der Operation. Demgegenüber sind alle anderen technischen Details von sekundärer Bedeutung.

Bei befallenem Rectumstumpf wurde anfänglich empfohlen, zunächst die Colectomie durchzuführen und eine Ileostomie anzulegen. Nach einer Zeit des Wartens, unter Umständen mit gleichzeitiger lokaler Behandlung des Rectumstumpfes, wurde dann die ileo-rectale Anastomose in einem zweiten Eingriff angelegt. Zunehmende Erfahrung zeigte dann aber, daß es, von den hochtoxischen Fällen einmal abgesehen, im allgemeinen möglich ist, die ileo-rectale Anastomose primär anzulegen. Es scheint sogar so zu sein, daß der Rectumstumpf schneller heilt, wenn er in die Stuhlpassage eingeschaltet ist (18). A y l e t t (6) entlastet die Anastomose prinzipiell mit einem temporären Anus praeter. Wir selber haben das bei unseren Fällen nicht für nötig gehalten und glauben, daß man ohne diese Maßnahme auskommen kann.

Es ist seit langem bekannt, daß Patienten mit Colitis ulcerosa zur Bildung von Dickdarmcarcinomen neigen. W a t k i n - s o n (24) errechnete für sein Krankengut eine elffach erhöhte Carcinomgefährdung als für einen nach Alter und Geschlecht gleichartig zusammengesetzten Anteil der Normalbevölkerung (17). Patienten mit ausschließlichem Befall des Rectums sollen aber kein höheres Risiko tragen als die Normalbevölkerung (12). Wie dem auch sei, durch die möglichst radikale Exstirpation des erkrankten Colon wird die Carcinomgefährdung der Patienten mit Colitis ulcerosa sicherlich nur noch auf den verbleibenden Rest des Rectums beschränkt. So wurden wiederholt Carcinome in dem belassenen Rectumstumpf nach ileo-rectaler Anastomose beschrieben. A y l e t t (7), M u i r (20). Es ist daher dringend zu fordern, daß jeder Patient mit einer ileo-rectalen Anastomose in mindestens halbjährlichen Abständen rectoskopisch kontrolliert wird. In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß die makroskopische Diagnose dieser Carcinome auf große Schwierigkeiten stoßen kann.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Es werden 8 Fälle von Colitis ulcerosa beschrieben, bei denen eine Colectomie mit ileo-rectaler Anastomose durchgeführt wurde. Bei 4 Patienten wurde ein gutes, bei 3 ein mäßiges und bei einem ein schlechtes Resultat erzielt.

Die angewandte Operationstechnik wird detailliert wiedergegeben. Anhand der Literatur wird das Für und Wieder der ileorectalen Anastomose besprochen. Die wesentlichsten Faktoren für das Gelingen der Operation sind:

1. korrekte Auswahl der Fälle,
2. möglichst tiefes Anlegen der Anastomose und möglichst radikale Exstirpation des erkrankten Colon mit Colon pelvinum,
3. kontinuierliche Überwachung der Patienten.

Eine geringgradige Proctitis bleibt auch nach der Operation häufig bestehen. Sie beeinträchtigt den Gesundheitszustand der Patienten aber nicht oder nur wenig. Wir halten die radikale Colectomie mit ileo-rectaler Anastomose, präzise Indikationsstellung vorausgesetzt, für durchaus berechtigt bei der diffusen Colitis ulcerosa. Es erspart den Patienten die Ileostomie und läßt, falls notwendig, den Weg zur Proctectomie immer noch offen.

L i t e r a t u r

1. ABEL, A. L.: British Med. Ass., Canadian Med. Ass and Ontario Med. Ass. Joint Annual Meeting, Toronto 1955 Brit. Med. J. 2 a: 52 (1955)
2. AYLETT, S.: "Avoidance of ileostomy by ileo-rectal anastomosis." Proc. Royal. Soc. Med. 49: 952 - 956 (1956)
3. AYLETT, S. C.: "Conservative surgery in the treatment of ulcerative colitis." Brit. Med. J. 2b: 1348-1352 (1953)
4. AYLETT, S. C.: "Ulcerative colitis treated by total colectomy and ileo-rectal anastomosis." Brit. Med. J. 1b: 1060 - 1062 (1955)
5. AYLETT, S. C.: "Total colectomy and ileo-rectal anastomosis in diffuse ulcerative colitis." Brit. Med. J. 1a: 489 - 492 (1957)
6. AYLETT, S. C.: "Diffuse ulcerative colitis treated by total colectomy and ileo-rectal anastomosis." Dis. Colon & Rectum 1: 132 - 138 (1958)
7. AYLETT, S. C.: "Three hundred cases of diffuse ulcerative colitis treated by total colectomy and ileo-rectal anastomosis." Brit. Med. J. 1: 1001 - 1005 (1966)
8. BACON, H. E.; TRIMPI, H. D.: "Surgical management of ulcerative colitis." J. A. M. A. 153: 1249 - 1253 (1953)
9. BARGEN, A. J.: "Chronic ulcerative colitis." Charles C. Thomas Publisher, Springfield 1969
10. BROOKE, B. N.: Diskussionsbeitrag zum Vortrag von Aylett Dis. Colon & Rectum 1: 137 (1958)
11. BROOKE, B. N.: "Outcome of surgery for ulcerative colitis." Lancet II: 532 - 536 (1956)

12. DEMLING, L., HEGEMANN, G., CLASSEN, M., v. d. EMDE, J.:
"Die Prognose der Colitis ulcerosa." D. M. W. 94:
247 - 252 (1969)
13. DEVINE, H., DEVINE, J.: "Subtotal colectomy and colectomy in
ulcerative colitis." Brit. Med. J. 2 a:
127 - 131 (1948)
14. GOLIGHER, J. C.: "Surgical treatment of ulcerative colitis."
Brit. Med. J. 1 a: 151 - 154 (1961)
15. HUGHES, E. S. R., RUSSEL, I. S.: "Ileo-rectal anastomosis for
ulcerative colitis." Dis. Colon & Rectum 10:
35 - 39 (1967)
16. MAYO, C. W., FLY, O. A., CONNELLY, M. E.: "Fate of remaining
rectal segment after subtotal colectomy for ulcerative
colitis." Ann. Surg. 144/ 753 - 757 (1956)
17. MC. DOUGALL, I.: "The cancer risk in ulcerative colitis."
Lancet I: 655 (1964)
18. MIALARET, J.: Diskussionsbeitrag zum Vortrag von EDELMANN, M.G.
Mém. Acad. Chir. 91: 353 (1965)
19. MOSS, G., S., KEDDIE, N.: "Fate of rectal stump in ulcerative
colitis." Arch. Surg. 91: 967 - 70 (1965)
20. MUIR, G. E.: "Rectal carcinoma seventeen years after ileo-rec-
tal anastomosis." Proc. Royal Soc. Med. 59:
617 - 618 (1966)
21. OPPOLZER, R.: Wiener klinische Wochenschrift Nr. 52/1958
22. REIFFLRECHT: Darmchirurgie, Georg Thieme-Verlag, Stuttgart
1962
23. UNGLEY, H. G.: "Ulcerative colitis treated by total colectomy
and ileo-rectal anastomosis." Dis. Colon & Rectum
1: 132 - 138 (1958)
24. WATKINSON, G., DE DOMBAL, P. T., WATTS, J. M., GOLIGHER, J. C.:
"Malignant change in ulcerative colitis." III Welt-
kongress für Gastroenterologie, Tokio 1966

25. WATTS, J., Mck, DE DOMBAL, F. T., WATKINSON, G., GOLIGHER, J.C.:
"Long term prognosis of ulcerative colitis."
Brit. Med. J. 1 b: 1447 - 1453 (1966)

Lebenslauf

Am 28. Mai 1933 wurde ich als Sohn des Gutsbesitzers Ali Asgari und dessen Ehefrau Nosrat, geb. Panahi in Garmsar-Rikan, Iran, geboren, wo ich auch meine Kindheit und die Volksschuljahre verbrachte. Anschließend kam ich nach Teheran, wo ich 1956 an der Marwi-Oberschule mein Abitur absolvierte. Im März 1957 kam ich nach Deutschland, wo ich mit meinem Studium der Medizin in Marburg begann. Anschließend ging ich nach Gießen. Im Oktober 1959 machte ich dort mein Physikum. Meine klinischen Semester besuchte ich in Gießen. Das Staatsexamen absolvierte ich im Januar 1963 in Homburg/Saar. Nach Beendigung meiner zweijährigen Medizinalassistentenzeit in Sulzbach-Rosenberg am 1.1.66 war ich noch 4 Monate dort an der chirurgischen Abteilung als Assistenzarzt tätig. Am 1. 5. 66 begann ich meine weitere Ausbildung an der Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Fürth, wo ich noch heute tätig bin. Nach Beendigung meiner Facharztausbildung möchte ich in meine Heimat zur Ausübung meines Berufes als Chirurg zurückkehren.

Offsetdruck-Fotodruck

J. Hogl, 8520 Erlangen Hauptstr. 109, (Nähe Martin-Luther-Platz) Tel. 22990
